

日本の医療と介護

1. 医療

医療崩壊といえる状況に一気になっている。小児科や産科の医師が不足し、地方の医師もいなくなり、救急医療の現場では患者がたらい回しされるケースが相次いでいる。

病院経営の赤字が膨らみ、勤務医は過酷な仕事に疲れ果てて開業医を目指して病院から去っていく。少子化対策がいわれながら、医療ミスの裁判を恐れて産科医が減っている。医療費抑制はもはや限界に達している。

日本は現在、小泉政権の医療費抑制策の結果、サッチャーの英国にだんだん似てきている。

イギリスのサッチャー政権下で国民の不満が高まり社会問題になった。外来患者なら治療までに半年間待ち、入院患者なあ 2 年間待ち「けがで救急搬送されたが治療まで 2 日間も待たされた」といった状況だった。

そこでブレア首相は、病院施設の拡大や医療従事者の増員をはかった。10 年間で 100 の病院と 7000 の病床を新設。1996 年に 8.1 万人だった常勤医師は 2006 年には 11.9 万人に増え、総医療費は対 GDP 比、1997 年には 6.8 だったが 2004 年 8.1 へと拡大。

政府の NHS (国民保健サービス) への支出は 1999 年に 8.2 兆円だったが、2006 年には 16 兆円へと倍増した。

今の日本はまさにサッチャーの道を歩んでいる。

ちなみにアメリカは国民皆保険制度ではないため、盲腸で 1 日入院して手術をうければ、ニューヨークで 243 万円もかかる。

日本人の寿命が世界一なのは国民皆保険制度の下、低い医療費で質の高い医療サービスを受けられたからです。

いま、税金の投入額や保険料を上げていまの水準を維持するか。医療の質が下がることを覚悟して公費負担を削り保険料を上げるのが問われている。

保険料の引き上げは限界までできているので、公費負担をどうするのか、サービスはどの程度かなどが問題となる。政府や財界は公費負担を経済成長の範囲に抑えるべきと主張している。しかしマイナス成長のときにどうなるのかを考えると現実的ではない。

また、公的医療の範囲を必要不可欠なものに限り、それ以外は自己負担にして市場にまかせるという主張もある。

しかしアメリカのように所得や資産によって寿命も決められてしまう、健康格差が生じてしまう。結局医療にもっとお金を投入しなければ良い医療を国民が受け取ることにならない。

①日本の医療は、世界で高い評価を受けていた

「何時でも」「どこでも」「誰でも」病気になればどんな病院でも診てもらえる。国民皆保険制度。

日本人の寿命は世界一でアメリカより4～5才長く、WHOの評価でも健康達成度の総合評価は世界1（アメリカは15位）、平等性も高く3位（アメリカは32位）そのうえGDPに占める医療費の割合は18位と低く（アメリカは1位）少ない医療費で質の高い医療を今まで受けていた。

②日本は医師・看護師が少ない

医師

日本では人口10万人あたり200人で世界192か国中日本は67位。OECDの平均は人口10万人あたり300人で、この基準でいけば日本では13万人不足している。

病院の医師も不足していて、常勤医のみで要件を満たしている病院35%、非常勤医を加えても83%。勤務医の労働条件は厳しく、中にも36時間連続勤務とか過労死が認められるケースも多い。

	平均在院 日数	人口1000人 当たり病院 病床	医師数		看護職員数	
			100床 当たり	人口1000人 当たり	100床 当たり	人口1000人 当たり
日本	36.4	14.3	13.7	2.0	54.0	8.8
ドイツ	10.9	8.9	37.6	3.4	108.6	9.7
フランス	13.4	7.7	42.5	3.4	91.1	7.3
イギリス	7.6	4.2	49.7	2.2	224.0	9.7
アメリカ	6.5	3.3	66.8	2.3	233.0	7.9

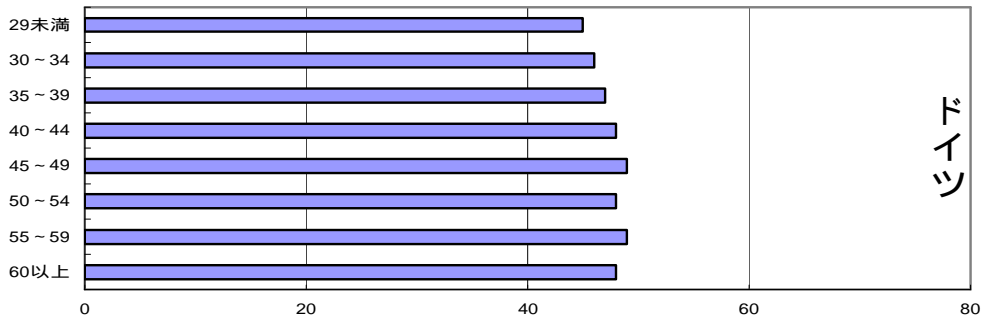
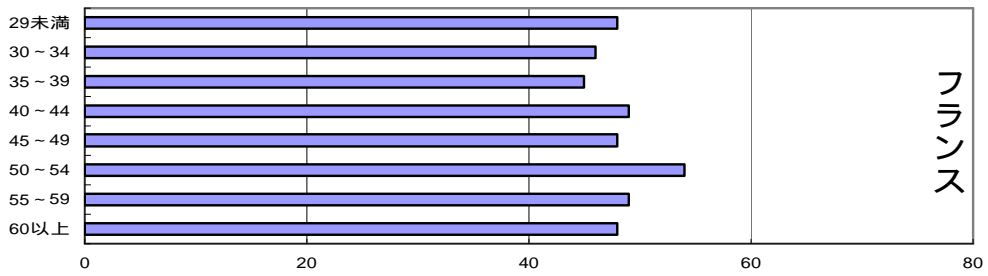
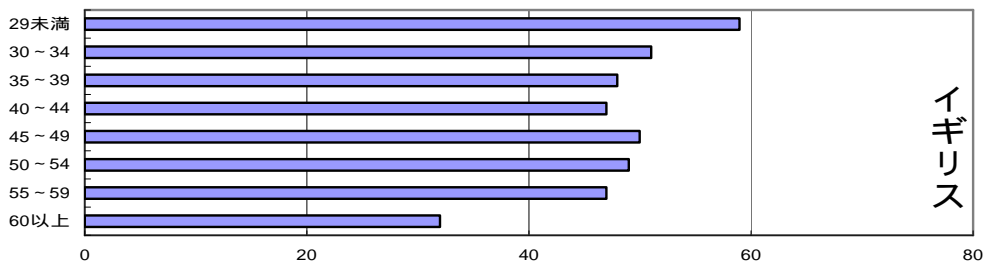
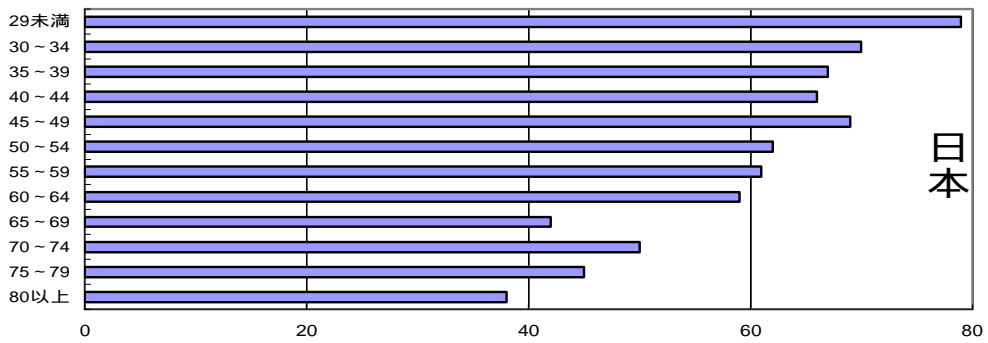
医師不足

新しい研修制度が（2004年）スタートし、地域の医師不足を一気に顕在化させた。

それまで新卒医師は主に大学病院で研修していた。ところが新制度で研修病院を選べるようになると、都会の民間病院に人気集中した。人手不足になった大学病院は地域の病院から医師を引き上げ、医師派遣の役割が担えなくなった。

日本の勤務医とイギリス、フランス、ドイツの医師の1週間の勤務時間

(縦軸：年齢層、横軸：1週間の勤務時間)



看護職員

看護職員は現在 130 万人おり、2007 年の需要は 134 万人、供給は 130 万人で 4 万人が不足している。しかし一方、潜在している看護師は 55 万人もいるのです。

職場復帰には夜勤が多く託児所の整備も進んでいないこと、技術の進歩も速く付いていけない問題などもある。

看護職員確保法とそれに基づく基本方針をもっと現場の改善に役立つものにしてほしい。

病床 100 あたり看護職員数

日本	54 人
アメリカ	233 人
イギリス	224 人
ドイツ	108.6 人

従って現場は超過密労働でかつてなく過酷。

- ・ 時間外が増えて年休もとれない。
- ・ 疲れがたまり、人手不足の中で医療事故も続発
- ・ 十分な看護も出来ない

そこで、

- ・ 夜勤は一人、月 8 日（64 時間）以内
- ・ 最低 12 時間以上の勤務間隔をとること

などが必要。

③小児科、産科、救急医療体制

産婦人科	2002 年	6 3 9 8 病院
	2005 年	3 0 6 8 病院（分娩を行っているところ）
小児科	1994 年	3 9 3 8 病院
	2004 年	3 2 3 1 病院

- ・ 産婦人科医はこの 8 年間で 6 % 減少
1998 年 1 3 0 0 0 人以上
2004 年 1 1 2 8 2 人

産婦人科医は高齢化が進み、60 歳以上が 26% を占めている。

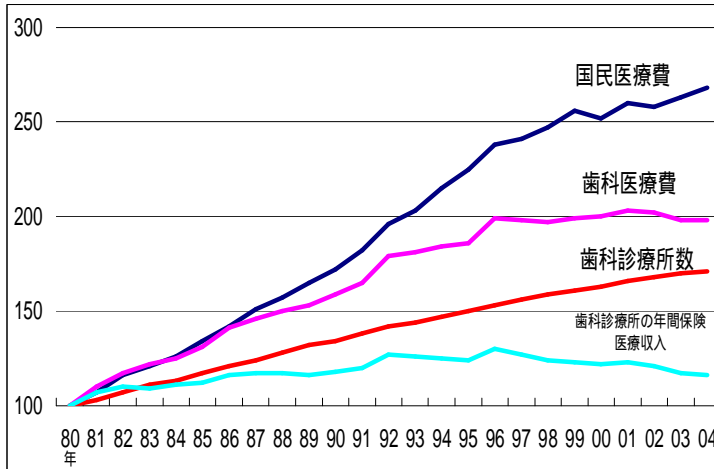
- ・ 救急医療

救急車による搬送人員	1996 年	324 万 3226 件
	2006 年	489 万 2593 件
2006 年のうち転院搬送		46 万 1519 人
産科周産期搬送人員	3 万 9015 人（うち転院搬送は 2 万 851 人と 53.4%）	
また 3 回以上医療機関が受け入れを拒否されたのは全国で	2 万 4089 件	

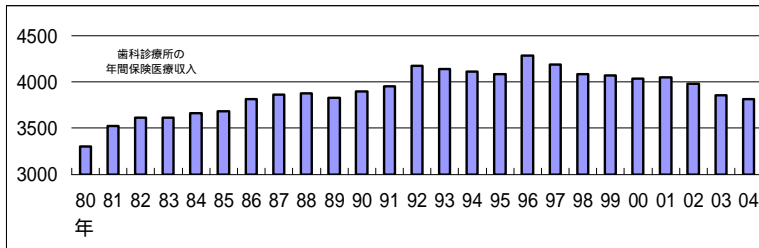
④ 歯科

- ・ 歯科医の 5 人に 1 人は年間所得 300 万円
- ・ 歯科診療所 全国 67,441 ケ所（内科 63,286 ケ所）

歯科は医療費が伸び悩む一方、診療所数は増え続けてきた



歯科診療所の保険医療収入は20年前に逆戻り



⑤ 医師不足打開の道

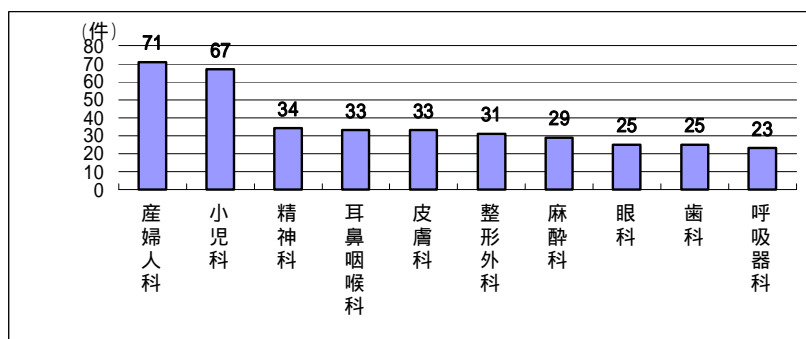
- (1) 医師の養成数を増やす
 - 1982 年、1997 年閣議決定の撤回
 - OECD の平均医師数 10 万人に 300 人の医師をめざすこと
- (2) 医師の配置や医師紹介システムの構築
 - 臨床研修期間中に地域医療・へき地医療の経験を積むこと。
 - 自治体と医師会・医療大学などのネットワークを強化すること
- (3) 夜間救急体制と産科・小児科医療の整備拡充
 - イ．病院と開業医との連携、夜間救急体制の整備と予算化
 - ロ．休日夜間診療を担うために、開業医の当番制度を強化
- (4) 勤務医の労働条件の緩和
 - 週 1 日の休みの確保、夜勤は週 4 日までとする。
 - 産休・年休の保障と院内保育所の整備
 - 当直明けの休みを義務付けること
- (5) 診療報酬の引き上げ

⑥低い医療費

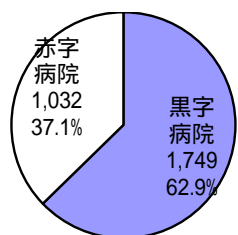
- ・ OECD 加盟国の対 GDP 比は平均 8.9
OECD の上位 10 ケ国は 10.8 で、これに対して日本は 8.0
- ・ 年間 1 人あたりの医療費
アメリカ 5,287 ドル(約 54 万円)、ドイツ 2,916 ドル、日本 2,139 ドル(約 22 万円)
- ・ 1 人あたりの受診回数
日本 14.4 回、アメリカ 8.9 回、ドイツ 7.3 回
- ・ 医療費給付費の国民所得比
日本 7.3% (28.3 兆円)、フランス 10.1%、ドイツ 10.5%
- ・ 社会保障給付費の国民所得比
日本 23.4、スウェーデン 47.8、ドイツ 39.4
- ・ 窓口負担は高い
日本 外来 1 ~ 3 割、イギリス 外来無料、ドイツ 外来無料、フランス 全額払い戻し、スウェーデン 外来負担年内 9,900 円上限、

⑦病院の現状

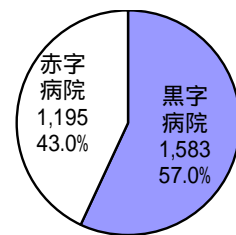
休止は産科、小児科が圧倒的
2004年度以降に休止した診療科(上位10件)



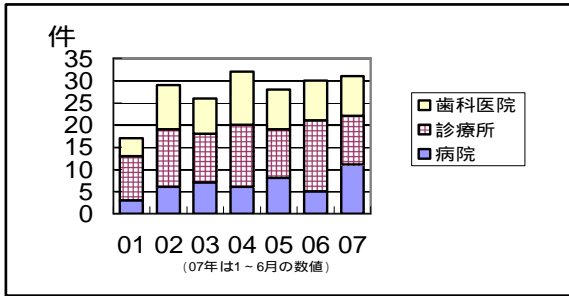
赤字病院が急増している
2005年度医業収支



2006年度医業収支



医療機関の倒産件数



⑧療養病床の削減

厚生労働省の方針

- 医療療養病床 25万ベッド
医療保険適用
1ヶ月約49万円
- 介護療養病床 12万ベッド
介護保険適用
一人当たり41万円

この現状から12万ベッドを全廃し、25万ベッドを約15万ベッドに減少することを決めた。
そこで

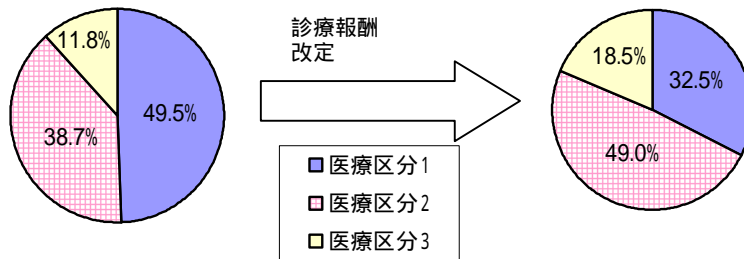
- 医療型療養病床 15万
- 老人保健施設 15～17万
- ケアハウスなど居住床 6万～8万
- サービス、在宅

という形にして、その上、医療型療養制度を病状で3段階に区分することとした。

療養病床入院患者の割合の変化

05年度

06年度



各医療区分と患者への医療処置

医療区分1	医療区分2	医療区分3
・区分2、3に該当しない患者 (発熱、おう吐がない時の経管栄養など)	・透析 ・たん吸引 ・気管切開など	・24時間持続点滴 ・人口呼吸器使用 ・酸素療法など

老人保健施設やケアハウス・グループホーム・在宅などへ移しうるのか。

療養病床削減を断念

政府はいままで「入院している人の半分は治療の必要がない」として介護型（13万床）を全廃し、医療型（25万床）を15万床にする方針を決め、これで医療給付費を3000億円削減する方針だった。

これに対して、患者追い出しを誘導し行き場のない医療難民を大量に生むと批判を招き、各都道府県の計画は大体削減前の需要数となり、見直しが必要となっている。

医療制度改革

負担増、入院から在宅、保険免責制度の導入、定額払い制度の拡大、
介護型療養病床削減、診療報酬削減、医師の養成数の削減

医療制度改革のスケジュール

（ は負担増、 は負担軽減）

2006年10月	
	現役世代並みの所得がある70歳以上の医療費窓口負担を2割から3割に
	70歳以上の長期入院患者は食費、居住日を自己負担
	高額医療費の自己負担限度額を引き上げ
	出産育児一時金を30万円から35万円に引き上げ
2008年4月	
	70-74歳の医療費窓口負担を1割から2割に
	乳幼児医療費の窓口負担の軽減対象を小学校入学前に拡大
	・都道府県が医療費適正化計画を作成
	・75歳以上が加入する新高齢者保険を創設
2008年10月	
	・政府管掌健康保険は都道府県単位で公法人が運営
2012年10月	
	・療養病床を15万床に削減

政府管掌健康保険制度

全国1900万の中小零細企業のサラリーマンと家族1600万人が加入するこの保険が（保険料率は全国一律8.2%）、新たに全国健康保険協会が設立され都道府県に分割されて運営される予定となっている。

そもそも保険の規模を大きくしなければ支えられないのに、わざわざ分割して小さくするのはおかしいし、分割後は地域格差が生まれ、平均給料が低く保険財政が厳しい地域から保険料を上げなければならなくなる。例えば、北海道8.7%、徳島8.6%、福岡8.4%などと指摘されている。

上限の10%まで保険料が引き上げられれば、平均的サラリーマンで月5000円、年間6万円程度の引き上げになる。

厚生労働省のあいまいな医療給付費の推計

2000年10月 医療給付費

05年度 32兆円、10年度 40兆円、25兆円 71兆円

2002年5月 医療給付費

05年度 28兆円、10年度 35兆円、25年度 60兆円

2004年5月 医療給付費

04年度(予算ベース) 26兆円、10年度 34兆円

15年度 41兆円、25年度 59兆円

2005年10月 医療給付費

15年度 40兆円、25年度 56兆円

(注) 上段3つは厚労省資料「社会保障の給付と負担の見直し」

最下段は「医療制度構造改革試案」

わずか1年半で10年度の見通しが5兆円も変動

2000年推計では10年度に40兆円だったが、05年推計では15年度に40兆円になった

2000年推計と比べると25年度の医療給付費は15兆円も食い違う

・医療費の負担

2002年	総額	31兆1千億円	
	家計(保険料+本人負担)	45%	
	事業主保険負担	22%	
	国庫負担	25%	
	地方負担	8%	

1980年～2002年

国庫負担	30%	25%
家計負担	40%	45%

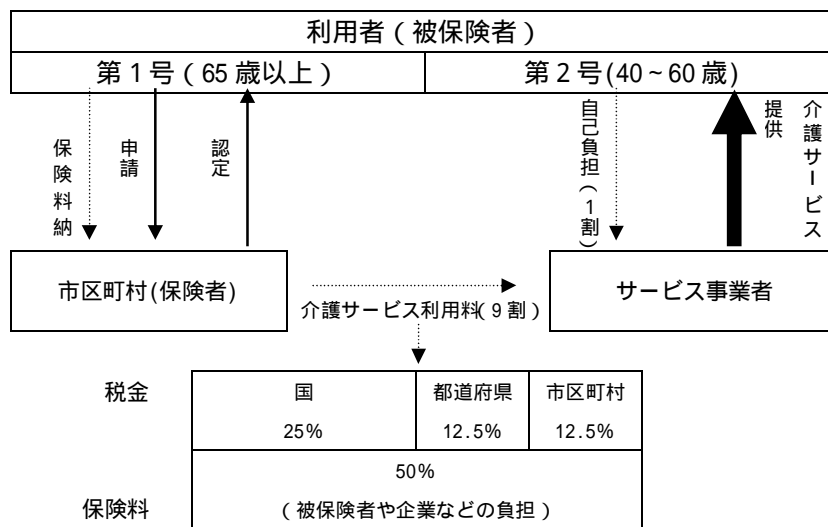
・医療費不払対策

病院が入院前に保証金を徴収することを認める方針を厚生労働省は検討している。医師は医師法で正当な理由なしに診療を断れないとしている。

従って事前の保証金を拒否した場合でも患者の入院を断ることは出来ないが、一体どうなるのか。患者はどうするのか。保証金を納めない患者を病院はどう扱うのか。問題は多い。

2. 介護保険

① 介護保険のしくみ



② 介護保険のサービス

在宅サービス	訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護（デイサービス） 通所リハビリテーション（デイケア） 短期入所生活介護（ショートステイ）、特定施設入居者生活介護
施設サービス	特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設
地域密着型サービス	小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護 認知症対応型共同生活介護

③ 受給者

	総数	要支援	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平成18年3月	3524.4	479.6			1134.6	560.0	491.9	466.7	391.5
平成20年3月	3660.9	759.4	(334.4)	(422.6)	625.5	704.5	635.1	518.6	414.2

(単位：千人)

④ 介護保険料

月 4,090 円 (全国平均)

⑤保険費用総額

2000年	3.9兆円
2006年	6.9兆円
2007年	7.4兆円
2015年(予測)	10兆円
2025年(予測)	17兆円(受給者780万人と想定)

⑥対象者

2004年	410万人
2014年	640万人
認知症高齢者	
2006年	170万人
2015年	250万人(予測)
2025年	300万人(予測)

⑦職員

- ・介護職員数
 - 2004年 100万人
 - 2014年 140～160万人が必要となる
- ・介護福祉士
 - 資格保有者 47万人(未就職20万人)
- ・非正規社員が全体の40%で、訪問介護では80%(従って離職率が20%と高い)
- ・給与
 - 男性の施設職員 315万円
 - 女性のヘルパー(正規社員) 262万円
 - パートヘルパー 120万円以下
- ・有効求人倍率
 - 全国平均 1.68
 - 東京 2.72
 - 愛知 2.77
 - 大阪 2.15

問題点

非正規社員が多く、待遇も悪く離職率が高い。2006年の介護保険導入前は、介護サービスは政府が行う措置制度で運用されており、特養ホームの職員の賃金・労働条件も公務員に準拠したものだった。

ところが、導入後はそのしほりもなくなり多くの施設で職員の非正規化が進められた。訪問介護も自治体直営や社会福祉協議会の廃止縮小に伴い、常勤のヘルパーはいなくなった。しかし介護報酬は公定価格であり、政府は改定の度に引き下げてきた。

2003年度	2.3%引き下げ
	施設は4%引き下げ
2006年度	2.4%引き下げ
	施設は4%引き下げ

そのため事業所は人件費の削減とサービスの低下によって対応した。ヘルパーは50代の女性を中心(月12~13万円)、低賃金のため20~40代は少ない。低賃金、不安定雇用、過重労働のため人材不足が深刻。

そのためいま必要なことは、介護報酬を引き上げること。また介護報酬を人件費と管理費などに区分して用途の限定なども考えるべき。

⑧介護保険の改定

区分の変更で要介護が要支援にかわり、その結果、支給限度額が変わりサービス内容が削減された人が急増。また同居家族がいる場合の生活援助が原則認められていない。

介護保険制度改正の主な項目

項目	内容
予防の重視	<ul style="list-style-type: none"> ・軽度者を対象とした新予防給付 ・要介護状態/要支援状態となるおそれがある者を対象にした地域支援事業
施設の居住費・食費の利用者負担	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険と年金との重複の解消 ・在宅と施設の利用者負担の公平化
補足給付・低所得者対策	<ul style="list-style-type: none"> ・所得に応じた施設居住費・食費の給付 ・負担上限月額を引き下げ
「量」から「質」の重視へ	<ul style="list-style-type: none"> ・地域密着型サービスの導入 ・情報開示の標準化 ・事業者規制の強化 ・ケアマネジャーの資格更新制 ・市町村の保険者機能強化 など

介護報酬改定の主な内容

項目	内容
中重度者への支援強化	在宅中重度者について各サービスの充実
介護予防、リハビリテーションの推進	自立支援、在宅復帰・在宅生活支援の観点を重視
地域包括ケア、認知症ケアの確立	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターを中心とした地域包括ケアのネットワークを活用 ・認知症対応型共同生活介護(グループホーム)の質・機能の向上
サービスの質の向上	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントの公正中立確保 ・研修体系の見直し ・サービス情報の提供
医療と介護の機能分担・連携の明確化	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントにおける主治医等との連携や在宅サービス提供体制の整備 ・介護療養型医療施設の「在宅復帰・在宅生活支援重視型の施設」や「生活重視型の施設」などへの移行

⑨民間介護ビジネス

営利法人は次の事業でシェアが高い

- ・ 訪問介護
- ・ 認知症対応型共同生活（グループホーム）
- ・ 有料老人ホーム

上場企業主要 23 社

売上高	3200 億円
施設介護	1050 億円
在宅介護	2150 億円
シェア	9%

在宅介護分野の事業所、施設数の推移

	2000 年	2005 年
訪問介護（事業所数）	9,833	20,618
社会福祉法人	4,248	5,467
医療法人	1,023	1,588
営利法人	2,979	11,105
その他	1,573	2,458
訪問入浴介護（同）	2,269	2,402
社会福祉法人	1,441	1,402
医療法人	59	63
営利法人	524	835
その他	243	102
訪問看護ステーション（施設数）	4,730	5,309
社会福祉法人	492	505
医療法人	2,521	2,463
営利法人	284	814
その他	1,433	1,527
通所介護（同）	8,037	17,652
社会福祉法人	5,304	8,707
医療法人	338	1,516
営利法人	362	5,534
その他	2,033	1,895

介護保険の給付の抑制

財務省は財政制度審議会へ介護保険の給付費の抑制に 3 種類の試算を示した。いずれの案も、介護を家族の介護から開放し、社会全体で介護するという介護保険の基本に反するものである。

介護給付見直しの影響額の試算(財務省)

給付費の圧縮額	国庫負担の圧縮額	保険料の圧縮額	
		65歳以上	40 - 64歳
軽度の要介護者を制度の支給対象外にした場合(ドイツ方式)			
2兆900億	6100億	4000億 (15000円)	6500億 (15000円)
軽度の要介護者の家事支援など「生活援助」給付をなくした場合			
1100億	300億	200億 (800円)	350億 (800円)
軽度の要介護者の自己負担を1割から2割に引き上げた場合			
2300億	700億	450億 (1700円)	700億 (1700円)

カッコ内は1人当たりの軽減額(年額)

は「身体介護」を受けているケースを除く

以上